

Kartlegging av smerte hos demente pasienter

Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos demente pasienter, ved bruk av systematiske kartleggingsverktøy?



Kandidatnummer: 113

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 10FUS

Antall ord: 10003

03.10.13

Abstrakt

Tittel

Kartlegging av smerte hos demente pasienter.

Hensikt

Hensikten er å finne ut hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos demente pasienter på sykehjem, ved bruk av systematiske kartleggingsverktøy. Hensikten med å kartlegge smerter er å undersøke om en pasient har smerter, og i tilfelle smertens karakter, intensitet og årsak.

Bakgrunn

I dag lider 60-80 % av sykehjemspasientene av kroniske smerter. Studier viser at demente pasienter får mindre smertestillende medikamenter enn andre pasienter, til tross for de samme potensielt smertefulle diagnosene. Dette skyldes i stor grad mangelfull smertekartlegging av helsepersonell.

Metode

Systematisk litteraturstudie.

Funn

Kunnskap om smerteatferd hos demente og bruk av kartleggingsverktøy er betydningsfullt i arbeidet med å identifisere smerte hos den demente pasienten, som ikke kan selvrapportere smerte.

Konklusjon

Ved bruk av kartleggingsverktøy er smerteforekomstene høyere hos de demente pasientene, enn hos pasientene som kan selvrapportere smerte. For å gjennomføre en god smertekartlegging må sykepleier kjenne pasienten og etablere et menneske-til-menneske-forhold, slik at sykepleier kan skille mellom pasientens normale atferd og smerteatferd. Sykepleier må ha tilstrekkelig kunnskap om smerter hos eldre demente, og må være observant i forhold til pasientens nonverbale uttrykk.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Presisering og avgrensing av problemstillingen	6
1.4 Oppgavens oppbygging	7
2 Presentasjon av teori.....	8
2.1 Hva er demens	8
2.1.1 Atferd hos demente pasienter.....	9
2.1.2 Kommunikasjon med demente	10
2.2 Hva er smerte?.....	10
2.3 Inndeling av smerte	11
2.3.1 Kroniske smerter	12
2.4 Smerter hos eldre på sykehjem	12
2.5 Smerteatferd hos den demente pasienten.....	13
2.6 Kartlegging av smerter hos pasienter med demens	14
2.6.1 Kartleggingsverktøy.....	14
3 Joyce Travelbees Sykepleieteori	16
3.1 Lidelse og smerte	16
3.2 Menneske-til-menneske-forhold.....	16
4 Metode.....	18
4.1 Valg av metode	18
4.2 Litteratursøk	18
4.3 Kildekritikk	19
5 Resultater.....	21
5.1 Hovedfunn.....	23

5.1.1 Selvrapportering av smerter	23
5.1.2 Smerteforekomst hos pasienter med demens.....	24
5.1.3 Systematisk smertekartlegging	24
6 Drøfting.....	26
6.1 Mellommenneskelige aspekter.....	26
6.2 Bruk av kartleggingsverktøy.....	28
7 Avslutning.....	33
Litteraturliste	35
Vedlegg:	40
Vedlegg 1.....	41
Vedlegg 2.....	42
Vedlegg 3.....	42

1 Innledning

I følge Folkehelseinstituttet (2013) er det i dag ca. 70 000 mennesker i aldersgruppen over 65 år, som lider av demenssykdom. Dette antallet vil doble seg i løpet av de neste 20 årene, noe som betyr at man i årene fremover vil møte en stor utfordring med tanke på å ha nok kvalifisert helsepersonell som innehar gode kunnskaper om demenssykdommer og smerteferd hos demente pasienter.

En demensdiagnose er i dag hovedårsaken til innleggelse på sykehjem, og demente pasienter utgjør i dag ca. halvparten av alle de 41 000 sykehjemspasientene i Norge. Forskning viser at 60-80 % av sykehjemspasienter har smerter, og de demente pasientene har ofte svært sammensatte smerter. Flere studier viser at pasienter med demens får mindre smertestillende medikamenter, både med hensyn til mengde og styrke, enn pasienter som ikke lider av demens. Dette til tross for at begge pasientgruppene lider av de samme potensielle smertefulle diagnosene (Husebø 2008 og Torvik m.fl. 2009).

Smerteatferd kan ligne på demensatferd, og pasienter som får beroligende medikamenter i stedet for smertestillende medikamenter, forblir smertepåvirket (Sandvik 2011). Smerter som ikke blir oppdaget eller behandlet effektivt nok, kan føre til en redusert livskvalitet. Det kan føre til økt inaktivitet, forsinket mobilisering og sengeleiekomplikasjoner, som for eksempel pneumoni og dyp venetrombose (Bjørø og Torvik 2008). Langvarige smerter kan også føre til økt trøtthet og søvnproblemer, tiltaksløshet, angst, uro, irritasjon, sinne og nedstemthet. Det ser ut til at det er en sammenheng mellom smerteintensitet og depresjon (Hall-Lord 2009).

For sykehjemspasienter som lider av moderat til alvorlig grad av demens, er verbal selvrapportering av smerter svært vanskelig, og til tider umulig, på grunn av pasientens reduserte hukommelse og språkbeherskelse. Deres evne til å formidle indre opplevelser kan variere fra dag til dag. Dette fører til at demente pasienter er avhengige av helsepersonell som kan tolke verbale og non-verbale tegn som kan uttrykke smerte. Derfor er atferdsbaserte kartleggingsverktøy svært viktig, og en nødvendighet, ved smertekartlegging hos pasienter med demens (Husebø 2008).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter mange år i arbeid, både på somatisk avdeling på sykehjem med ulike pasientgrupper og på demensavdelinger, har jeg flere ganger sett hvordan pasienter med utagerende og urolig

atferd får beroligende medisiner. Jeg har reflektert mer over dette etter jeg startet sykepleierutdanningen. Da jeg startet på denne oppgaven, og søkte på internett om temaet smerter hos demente pasienter på sykehjem, innså jeg at disse pasientene med stor sannsynlighet hadde gitt uttrykk for ulike former for smerter. De hadde trolig hatt mer behov for smertestillende medisiner. Det hevdes at demente pasienter på sykehjem er en underbehandlet pasientgruppe i forhold til andre når det kommer til smertebehandling (Husebø 2008). Som fremtidig sykepleier er det min plikt og mitt ansvar «å lindre lidelse» som det står skrevet i de Yrkesetiske Retningslinjene for sykepleiere (2011:9). Dermed er jeg nødt til å følge opp dette ansvaret med å kunne sette meg inn ulike metoder hvordan jeg som best kan vurdere, observere og kartlegge smerter hos disse pasientene, der målet er smertelindring.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens problemstilling er:

«Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos demente pasienter på sykehjem, ved bruk av systematiske kartleggingsverktøy?»

1.3 Presisering og avgrensing av problemstillingen

Demens, smerte og smertekartlegging kan omfatte svært mye og er et stort tema. Jeg kunne skrevet om pasienter med mild grad av demens, og personer med demenssykdom som fortsatt bor hjemme og som kan selvrapporere smerte til helsepersonell og andre omsorgspersoner. Jeg avgrenser oppgaven til å omhandle eldre pasienter, både menn og kvinner over 65 år, som bor på somatisk avdeling på sykehjem, og som har vanskeligheter med å selvrapporere smerter. Jeg vil fokusere på pasienter med moderat til alvorlig grad av demens, fordi som Bettina Husebø (2013) beskriver det «De er ofte innelåst i sin egen verden uten å kunne beskrive sine plager».

Jeg skiller ikke mellom de ulike typene av demens, fordi det uansett er nødvendig med kartlegging og smertelindring helt uavhengig av hvilke type demens pasienten har. Når det kommer til de konkrete kartleggingsskjema så ønsker jeg å fokusere på de som er oversatt til norsk og allerede utprøvd på norske sykehjem.

I denne oppgaven definerer jeg sykepleier som offentlig godkjent, uten videreutdanning i geriatri.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av teori, metode, funn, drøfting og konklusjon. I teoridelen gjør jeg rede for begrepene smerte og demens, jeg går også nærmere inn på Joyce Travelbees sykepleieteori og å knytter den opp mot min problemstilling. I metodekapittelet beskriver jeg hvilken metode jeg har brukt, og hvordan søkeprosessen har foregått. Jeg har et eget kapittel som beskriver mine vitenskapelige funn, og jeg har ført dem inn i et skjema, som kortfattet beskriver hver enkel artikkel, og deretter ser jeg på hovedfunnene artiklene. I drøftingsdelen skal jeg svare på min problemstilling: «Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos demente pasienter på sykehjem, ved bruk av systematiske kartleggingsverktøy?». Jeg ser på hvordan sykepleier møter den smertepåvirkede pasienten, og jeg vil gå nærmere inn på forskningsartiklene, og jeg ser på styrker og svakheter ved bruk av kartleggingsverktøyene. Jeg avslutter oppgaven med en konklusjon som oppsummer mine funn, og gir et sammendrag av oppgaven.

2 Presentasjon av teori

Teorien til dette kapittelet har jeg funnet i pensum, faglitteratur, og artikler funnet i sykepleiefaglige tidsskrifter. Har søkt på forskningsartikler i Cinahl, og der brukte jeg søkeordene: dementia, pain measurement og nursing homes.

2.1 Hva er demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere sykdommer som i første rekke innebærer problemer med hukommelsen, men har også andre alvorlige symptomer. Demenssykdom utvikler seg ofte over flere år, men for noen kan den også utvikle seg raskere, avhengig av hva som har forårsaket sykdomsutviklingen. En demenssykdom er kronisk, den kan ikke gå tilbake eller kureres, og den blir verre etter som tiden går (Folkehelseinstituttet 2013).

Engedal og Haugen (2004) definerer (Berentsen 2008:354) demens hos eldre personer på denne måten:

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.

Endringene i hjernen kan også gi en redusert evne til innsikt og dømmekraft, og kontrollen med følelser og sosialt ferd kan svikte. Man kan se tegn til at personen forandrer personlighet. For å stille diagnosen demens, er det et krav at symptomene har vart i minst seks måneder, og at den kognitive svikten reduserer evnen til å fungere normalt i dagliglivet (Folkehelseinstituttet 2013). Pasienten vil ha en sviktende emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd, og kan ha symptomer som svingende stemningsleie, irritabilitet, apati og en unyansert sosial atferd (Berentsen 2008). En demensdiagnose stilles ut fra ulike tester og samtaler med pasient og pårørende. En av disse testene som blir hyppig brukt er Mini Mental Status (MMS). Her vil hukommelse, evnen til å formidle opplevelse og abstrakt tenkning vil være redusert ved score på 20 av 30 mulige poeng. Score fra 24-30 poeng regnes som normalt, 20-23 poeng betegnes som mild demens, score under 20 poeng betegnes som moderat demens og en score fra 15 og lavere vil beskrive en alvorlig demens (Sandvik 2011).

Ved moderat grad av demens blir hukommelsen dårligere, og personen vil i økende grad miste taket på tilværelsen. Dagligdagse ting som påkledning, matlaging og klesvask blir komplisert, og personen får problemer med å kommunisere. Stedsansen begynner å svikte og personen kan gå seg vill. Denne følelsen av å miste en eller flere funksjoner kan føre til angst, fortvilelse, depresjon eller sinne. Ved en alvorlig grad av demens så vil personen bare huske bruddstykker fra tidligere i livet, og man kan ikke lengre orientere seg for tid, sted eller situasjon. Personen forstår ikke hva andre sier og ordforrådet blir svært begrenset. Opplevelsen av kaos og manglende evne til å sortere stimuli gjør det usikkert om pasienten kan tolke sanseinntrykk. Det fører til handlingssvikt og inkontinens av urin og avføring. Pasienter som har en slik alvorlig grad av demens kan også ha vanskeligheter med å styre bevegelsene sine, og de er helt avhengige av kontinuerlig tilsyn og pleie (Berentsen 2008).

2.1.1 Atferd hos demente pasienter

I løpet av demensforløpet så vil mange pasienter oppleve psykiske og atferdsmessige symptomer, og det er viktig for helsepersonell å reflektere over hvorfor pasienten har disse symptomene (Berentsen 2008).

Depresjon er noe som forekommer ofte hos pasienter med moderat demens, her går man inn i en sinnstilstand preget av tristhet, hjelpeløshet og motløshet. Dette kan komme av følelsen og ikke lenger mestre tilværelsen, men demens medfører også endringer i ulike signalsubstanser i hjernen, og disse endringene kan og være med på å påvirke en depresjon. Mange av de demente pasientene mangler oversikt og kontroll over sin egen situasjon, og de befinner seg gjerne på et sykehjem hvor de ikke kjenner seg igjen. Noen vil ha vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt, og de klarer ikke å finne ut av situasjonen. Dette kan føre til angst, som er et vanlig symptom blant denne pasientgruppen. Andre pasienter opplever også å bli passive, mulig som følge etter en depresjon, og apati kan forekomme ved alvorlig grad av demens. Demente kan også opptre med en rastløs og urolig atferd og kan vandre i timevis uten tilsynelatende mål og mening. Enkelte demente kan få psykotiske symptomer, det er en tilstand hvor man ikke lenger skiller mellom realitet og fantasi, og pasienten kan oppleve vrangforestillinger eller synshallusinasjoner. Irritabel eller aggressiv atferd er noe sykepleier ofte ser hos demente med skader i frontallappene i hjernen, og dette er noe som kan oppleves veldig vanskelig for både pårørende, pasienten og andre mennesker som er i miljøet rundt pasienten. Noen pasienter med alvorlig grad av demens vil også rope. De kan rope om igjen og om igjen, uten at de selv er klar over det. Det er usikkert hva som forårsaker denne ropingen, men den kan være et uttrykk for mangel på en mer meningsfylt aktivitet eller indre

uro og angst. En endret atferd kan også være tegn på en somatisk sykdom eller et uttrykk for smerter (ibid).

2.1.2 Kommunikasjon med demente

Hver gang sykepleier og pasient møtes så foregår det kommunikasjon mellom dem. Både når de prater og er tause. Pasienten vil kommunisere noe til sykepleieren gjennom sitt kroppsspråk, utseende, atferd og holdning. Og det samme gjør sykepleieren ovenfor pasienten, vi kommuniserer hele tiden, enten de er bevisst på det eller ikke (Travelbee 2001). Det er viktig å bruke nonverbale kommunikasjonsferdigheter når man kommuniserer med pasienter med en demens. Nonverbal kommunikasjon kan være et smil, en rynket panne eller et utålmodig kremt. Dette er noe vi hele tiden formidler til omverden gjennom vårt kroppsspråk. Derfor er det viktig å være bevisst på hvordan vi uttrykker oss til pasienter, det kan nemlig være en avgjørende faktor i forhold til å bygge opp kontakt og trygghet i de gitte relasjoner. En nonverbal kommunikasjonsform kan ha sterkere gjennomslag enn det verbale språket, og nonverbal og bekreftende kommunikasjon vil kunne bygge opp tillit, trygghet og motivasjon i møte med den demente pasienten. Sykepleier må være flink til å lese og tolke pasientens nonverbale kommunikasjon, slik at det er lett å oppfatte den informasjon om vedkommende som kommer til uttrykk på den nonverbale måte, deriblant også smerteuttrykk. (Eide og Eide 2007:198). Når sykepleier kommuniserer med demente som har et lite ordforråd, er det viktig å innlede samtalen med pasientens navn og deretter legge merke til om vi har pasientens oppmerksomhet og at vedkommende oppfatter at vi ønsker kontakt. Sykepleier må snakke langsomt, og gi pasienten tid til oppfatte hva vi mener, og samtidig må vi også se etter en bekreftelse på at pasienten forstår. Som nevnt, så er det viktig å være oppmerksom på hva pasienten formidler med kroppsspråket, ansiktsuttrykk og mimikk. Hvis pasienten har vanskeligheter med å forstå det som blir sagt, kan dette føre til angst og pasienten kan miste kontrollen over hvordan han vil uttrykke seg (Berentsen 2008).

2.2 Hva er smerte?

En av de mest brukte definisjonene på smerte er den som IASP bruker. Merskey og Bogduk (1994) definerer (i Rustøen 2008:25) smerte på denne måten: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade».

McCaffery og Bebe (1998) definerer (referert fra Stubhaug og Ljoså 2008:25) smerte slik: «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte».

Disse definisjonene fremhever at smerte er en subjektiv opplevelse. Det er kun pasienten som kjenner smerten og kan vite hvordan den føles og hvor intens den er. Man skal ta pasientene på alvor og ikke mistro deres opplevelse av smerte, for smerte kan verken bevises eller motbevises. Det er kun pasienten selv som kan beskrive sine smerter for andre, men beskrivelsen blir likevel ofte ufullstendig, fordi opplevelsen rommer mer smerter enn det som pasienten klarer å uttrykke med ord. Dermed kan det være mye ensomhet knyttet til smerte, fordi man er helt alene med følelsen (Berntzen m.fl. 2010 og Stubhaug og Ljoså 2008).

Smertesansen har en viktig funksjon, ved at den beskytter kroppen mot skader. Når vi føler en akutt smerte, så varsler den om en potensiell truende vevsskade. Når vi føler smerter ved bevegelse av et skadd område, så sørger smerten for at vi holder området i ro, slik at den kan heles og gro. Kroniske smerter derimot har ingen slik nyttefunksjon, men har som nevnt innledningsvis, negative konsekvenser (Stubhaug og Ljoså 2008)

Det som fysisk skjer når vi opplever smerte, er at det går signaler fra skadet eller truet vev til hjernen og vi opplever smerte. Nervecellene som leder signalene, kalles nociseptorer, og disse cellene har frie nerveender som reagerer på vevsskadelig stimuli. Fra skadestedet ledes en elektrisk impuls langs nervecellen opp til synapsen i ryggmargens bakhorn, dette er en koblingsstasjon for smerteimpulser. Her skjer en signaloverføring fra nociseptoren til neste nervefiber i kjeden, som sender signalet videre til hjernen via hjernestamme og thalamus. Fra thalamus går det signaler til flere områder i hjernen. Signalene som blir sendt til den sensoriske hjernebarken gjør at vi lettere kan lokalisere smerten. Og de signalene som blir sendt til andre området er med på å bestemme om vi opplever smerte og hvor sterk eller plagsom den oppleves (s.27-31).

2.3 Inndeling av smerte

Nociseptive smerter er ofte den forbigående akutte smerten som oppstår ved akutt skade og en vevsskadelig stimulus. Nociseptive smerter kan kjennes når for eksempel en kreftsvulst vokser eller ved revmatiske tilstander når sykdommen er aktiv. Slike smerter fungerer som kroppens alarmsystem for å varsle at noe er galt, eller beskytte kroppen mot ytre farer. Smertereseptorene blir altså stimulert av smertefremmende stoffer, høy temperatur eller kraftig trykk. Nevropatiske smerter oppstår etter at nerver i det perifere nervesystem eller sentralnervesystemer skades. Slike smerter kan oppstå som følge av kirurgiske inngrep, strålebehandling, diabetisk nevropati, ryggmargsskade og hjerneskade. Nevropatiske smerter kan ytre seg på flere måter, fra ubehagelig fornemmelse av prikking, stikking, konstant

brennende smerte, overfølsomhet for temperatur og berøring. Nevropatiske smerter opptar gjerne hele oppmerksomheten til pasienten, og kan gjøre vedkommende desperat etter å finne lindring. Vi har og inflammatoriske smerter, disse oppstår spontant og fører med seg overfølsomhet på grunn av vevsskade og inflammasjon. Tilstander som revmatoid artritt og osteoartrose kan forårsake slike inflammatoriske smertetilstander (Berntzen m.fl. 2010 og Stubhaug og Ljoså 2008).

2.3.1 Kroniske smerter

Det er et svært vanlig helseproblem at eldre personer har smerter, hele 33 % av personer over 60 år lider av kroniske smerter (Torvik og Bjørø 2008). «Kroniske smerter defineres som langvarige smerter som vedvarer utover den tilhelingstiden som er vanlig etter en skade, normalt tre måneder» (IASP 1992).

Proctor og Hirdes (2001), (i Bjørø og Torvik 2008:184) fant at de vanligste årsakene til kroniske smerter hos sykehjemspasienter er artrose, særlig når det rammer store ledd som hofter, knær og skuldre, hoftebrudd gir økt risiko for kroniske smerter, og osteoporose kan medføre kroniske smerter, da kompresjonsbrudd er svært vanlig. Kompresjonsbrudd kan gi feilstillinger og gi uheldig belastning på muskulatur og sener. Hjertesvikt, trykksår, urinveisinfeksjon og depresjon er også forbundet med en økt risiko for kroniske smerter. Kroniske smertetilstander inkluderer og hodepine, mage- og underlivssmerter, smerter etter skade og kirurgi, hjerte- og karsykdommer og nevrologiske lidelser (Folkehelseinstituttet 2013). Ubehandlete kroniske smerter kan føre med seg fysiske konsekvenser som for eksempel leddkontrakturer, muskelatrofi, søvnløshet, negative konsekvenser for respirasjon og sirkulasjon. Samt at det er en stor påkjenning for pasienten å måtte leve med disse smertene (Nordtvedt og Rustøen 2008). Årsakene til kroniske smerter kan være svært sammensatte og ulike. Det er fellestrekk når det gjelder risikofaktorer, symptomer, konsekvenser og behandling, og på grunn av dette anses ofte kroniske smerter å være en egen lidelse, uavhengig av årsak (Folkehelseinstituttet 2013).

2.4 Smerter hos eldre på sykehjem

De vanligste sykdomsgruppene hos eldre over 65 år er hjerte- og kar lidelser, sykdommer i skjelett- og muskelsystemet, KOLS og øye- og øresykdommer. Mange av disse sykdommene har smerte som et dominerende symptom (Torvik og Bjørø 2008). Blant somatisk syke pasienter, så er smerte generelt underdiagnostisert, og dette er i hovedsak på grunn av at legen ikke gjør en systematisk anamnese og smertediagnostikk (Songe-Møller m.fl. 2005). I

studien til Torvik m.fl. (2009) kommer det frem at mellom 27 til 84 % av sykehjemspasientene opplever smerte hver dag.

2.5 Smerteatferd hos den demente pasienten

Hos demente pasienter er evnen til å uttrykke egne behov redusert. Å rapportere smerter krever hukommelse av smerter og språk til å formidle den opplevelsen, dermed fører det til at pasientene med moderat til alvorlig grad av demens uttrykker mindre smerter enn andre pasienter. Eldre pasienter med demens kan vise en smerteatferd som avviker fra smerteatferden til pasienter som er kognitiv intakte. Herr og Decker (2005) snakker (i Rustøen 2008:188) om pasientens individuelle smertesignatur. Dette kan være at noen pasienter blir stille og trekker seg tilbake fra sine omgivelser, mens andre kan bli utagerende og aggressive eller være urolig og vandre omkring. Det kan være en utfordring å skille smerteatferd og vanlig demensatferd hos denne pasientgruppen. Forskere har arbeidet med å kartlegge observerbar atferd som kan indikere smerte hos pasienter med demens og dette har blitt samlet i en liste som er utgitt av American Geriatrics Society (2002) (referert fra Rustøen 2008). Her tar forskerne for seg seks hovedpunkter for smerteatferd. Det første punktet er ansiktsuttrykk som grimaser, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking og et fryktsomt ansiktsuttrykk. Det andre punktet er verbale klager/språk som sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende åndedrett, rop om hjelp og grove utrop. Det tredje punktet er kroppsbevegelser, i form av rigid anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse bevegelser, gyngende bevegelser, endring i gangart og kroppsbevegelse. Forskerne mener også at forandringer i mellommenneskelig samhandling kan være tegn på smerteatferd, da med atferd som aggressivitet, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende forstyrrende oppførsel, tilbakeholden og reservert oppførsel. De siste hovedpunktene er forandringer i aktivitetsmønster og rutiner og endringer i mental status. Da er det viktig at sykepleier er oppmerksom på følgende atferd; matvegning, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmonster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring, gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring og irritabilitet (Bjoro og Torvik 2008).

For å vurdere disse smerteindikatorene som fremkommer i listen fra AGS, så er det en nødvendighet å kjenne pasienten og dens atferdsmønster godt, for å kunne oppdage tilstedeværelse av smerte (ibid).

2.6 Kartlegging av smerter hos pasienter med demens

Pasienter som er påvirket av smerter opplever også en høy grad av stress. Derfor er det en viktig oppgave at sykepleier gjør seg observasjoner som kan identifisere tegn til stress, og hvordan dette påvirker pasientens grunnleggende behov. Sykepleier kan observere smerte ut fra fysiologiske tegn, og disse kan vise seg som; forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, hurtigere åndedrett, utvidete pupiller og svetting. Disse avvikene i de vitale tegn oppstår fordi smerter fra indre organer fører til en aktivering av det parasympatiske nervesystemet (Berntzen m.fl. 2010)

I følge forskning (Proctor og Hirdes 2001 og Herr m.fl. 2006) så få pasienter med demens får en inadekvat smertebehandling sammenlignet med pasienter som er kognitivt intakte. Dette skyldes i stor grad mangelfull smertekartlegging av helsepersonell (Bjørø og Torvik 2008).

Når graden av demens blir alvorligere, så svekkes evnen til å bruke språket, og for pasienten vil det bli enda vanskeligere å kunne uttrykke sin smerte verbalt. Dermed må man bruke et systematisk kartleggingsverktøy som observerer atferd. Kartlegging er viktig fordi det gir viktig informasjon som gir et godt grunnlag for valg av videre tiltak og evaluering av effekten av tiltak som er gjennomført (ibid).

2.6.1 Kartleggingsverktøy

Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (Mobid-2): Dette er et evalueringsverktøy som brukes for å kartlegge smerter på pasienter med demens. Mobid-2 har fokus på pasientens hverdagssituasjon på sykehjemmet, og observasjonene gjøres av sykepleier under stell. Evalueringsskjemaet er delt i to deler, den første delen tar for seg smerter fra muskulatur, ledd og skjelett. Pasienten utfører en aktiv mobilisering som er vanlig i hverdagen på et sykehjem, dette for at vi skal kunne observere smerte ved bevegelse.

Pasienten utfører følgende bevegelser:

- 1) Åpne og lukke begge hender
- 2) Strekke begge armene mot hodet
- 3) Bøye og strekke ankler, knær og hofter
- 4) Snu seg i sengen
- 5) Sette seg på sengekanten

Har pasienten språkvansker og problemer med å forstå instruksene, så må sykepleier lede pasienten. Mobiliseringen avsluttes også med en gang man mistenker at det kan være

smertefull for pasienten. Ved utførelsen av disse instruksene, vurderer man pasientens respons, og krysser av hvis det uttrykkes smerterelatert atferd som:

- 1) Lyder: stønner, ynker seg, gisper, skriker eller puster fort.
- 2) Ansiktsuttrykk: lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene.
- 3) Avvergende reaksjon: stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg.

Atferden tolkes ut fra en 0-10 punkt skala, hvor 10 er verst tenkelige smerter. Del to av kartleggingsskjemaet fanger opp smerterelatert atferd knyttet til indre organer, hud og hode (Husebø og Sandvik 2011).

Doloplus-2: Dette skjemaet omfatter somatisk (klage på smerter, smertelindrende hvilestillinger, beskyttelse av smertefulle områder, ansiktsuttrykk og søvn), psykomotorisk (aktivitet i forbindelse med stell/påkledning og forflytning) og psykososial (kommunikasjon, sosial aktivitet og atferdsproblemer) atferd som smerteindikatorer. Doloplus-2 består av 10 punkter som det scores fra 0-3 på en skala. En score på 0 betyr at pasienten ikke viser tegn til den aktuelle atferden, men 3 betyr maksimalt nivå av atferden. Poengene blir dermed summert og en total score kan være mellom 0 og 30. En score på 5 eller over kan tyde på at pasienten har smerter (Bjørø og Torvik 2008).

The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): Dette skjemaet består av seks atferdsbaserte smerteindikatorer:

- 1) Verbalisering/Vokalisering
- 2) Ansiktsuttrykk
- 3) Klamring
- 4) Uro
- 5) Massering/ beskyttelse av det smertefulle området
- 6) Verbale smerteutsagn

Disse punktene scores både når pasienten er i ro og i bevegelse, og det scores 1 for observert eller 0 for ikke observert. Det er dermed mulig å oppnå 0-6 poeng i henholdsvis hvile eller bevegelse. Scorene blir lagt sammen, slik at det er mulig at pasienten kan oppnå maks 12 poeng (Bjørø og Torvik 2008).

3 Joyce Travelbees Sykepleieteori

Travelbees sykepleieteori bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Sykepleier sin oppgave er da å hjelpe de syke og lidende til å finne en mening i de erfaringene de gjennomlever (Travelbee 2001 og Kristoffersen 2005.)

3.1 Lidelse og smerte

Lidelse er en livserfaring noe alle mennesker vil møte i livet, og denne erfaringen vil oppleves og gjennomleves av hvert individ på unik måte. Fysisk smerte kan lokaliseres til en bestemt kroppsdel, men Travelbee (2001) mener at smerte også kommer under lidelsesbegrepet, fordi smerte ikke kan kategoriseres som enten fysisk eller psykisk, for smerten angår hele mennesket. Dermed er det hele mennesket som lider, ikke bare den enkelte kroppsdel. Smerte og lidelse oppfattes som en svært ensom erfaring. Det er vanskelig, om ikke umulig å formidle sin smerte til andre mennesker, og dermed blir det også vanskelig for andre og forstå pasientens smerte. Mennesker har ulike reaksjoner i forhold til smerte, dette avhenger av smertens intensitet, årsak og varighet, og i hvilken grad det gis lindring av smertestillende medikamenter. Smerter kan ha ettervirkninger som vedvarer lenge etter at smerten er lindret. Tretthet og utmattelse er vanlige ettervirkninger, som gjør at personen trenger lang tid på å komme seg igjen. Andre viktige faktorer som påvirker den enkeltes reaksjon på smerte er kulturbakgrunn, livsfilosofi og religiøs overbevisning.

3.2 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee bruker ikke termen sykepleier-pasient-forhold, da hun mener at «sykepleier» og «pasient» ikke kan nå helt frem til hverandre. I stedet bruker hun begrepet menneske-til-menneske-forhold. Hun definerer et slikt forhold på denne måten:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke får sine behov ivaretatt (Travelbee 2001:177).

Hun mener at det er ikke før man opplever den andre som et menneske at reell kontakt oppstår, i et slikt forhold så er det selve virkemiddelet til å oppfylle sykepleiers mål og hensikt, og det er å hjelpe personen med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse.

Et av de fremste kjennetegnene på et menneske-til-menneske-forhold er at den enkeltes sykepleiebehov blir ivaretatt. Et sykepleiebehov er definisjonen på ethvert behov hos den syke

pasienten, som sykepleieren må oppfylle, og som ligger innenfor lovens grenser for sykepleierens praksis. Travelbee mener også at et sykepleiebehov er et behov som hjelper den syke pasienten til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse.

Sykepleieren må være bevisst i sitt møte med pasienten, å lære pasienten å kjenne, for slik å kunne finne frem til og ivareta disse sykepleiebehovene. Behovene identifiseres gjennom observasjon og kommunikasjon. Hensikten med observasjon er som sagt å finne frem til pasientens behov og problemområder for deretter å planlegge hensiktsmessige sykepleiehandlinger, man skal samarbeide med legen om pasientens diagnose, og videreformidle informasjon til kollegaer som har med pasienten å gjøre. Travelbee retter fokus mot at man skal observere det syke mennesket, ikke sykdomstegnene. De dataene som sykepleier samler inn, består av alt som kan registreres av våre sanseorganer. Man kan for eksempel observere en pasient som rynker brynene. Dette kan igjen tolkes av sykepleieren som en indikasjon på smerte, sinne, bekymring og så videre. Sykepleierens tolkning kan være gyldig eller ugyldig, men kan søke bekreftelse i tidligere kunnskap. På bakgrunn av denne tolkningen så blir sykepleieintervensjonen planlagt og hensiktsmessige tiltak, som for eksempel smertelindring, satt i gang. Deretter blir sykepleiehandlingene evaluert og sykepleier vil bedømme kvaliteten på disse handlingene (Travelbee 2001).

4 Metode

Metode er et redskap vi bruker når det er noe vi ønsker å undersøke, metoden hjelper oss med å innhente data, som er den informasjonen som vi trenger for å utøve undersøkelsen vår.

Metoden forteller oss altså noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap, eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland 2007:83).

William Aubert definerer «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til en ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2007:83).

4.1 Valg av metode

Dalland (2007) mener at begrunnelsen for å velge en bestemt metode, er at den vil gi oss gode data og belyse problemstillingen vår på en faglig og interessant måte. Min problemstilling er et empirisk spørsmål, altså kunnskap som bygger på erfaring. Dermed valgte jeg å bruke litteraturstudie som metode, hvor jeg systematisk henter inn data om andres forskning og litteratur. Dette utgjør informasjonen jeg trenger for å komme frem til et svar på min problemstilling. Ut av denne innsamlede data skal jeg analysere, vurdere og drøfte og jeg vil til slutt komme frem til en konklusjon.

Litteraturstudie er bygd på kvalitativ metode, dette er en metode som tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke kan la seg tallfeste eller måle (ibid).

4.2 Litteratursøk

Internett er stort og informasjonsmengden er enorm. De største søkemotorene hevder de kan søke gjennom 3,5 milliarder sider og av disse er det anslått at fem til ti prosent er fagstoff (Dalland 2007:64). Jeg har konsentrert meg om å finne vitenskapelig artikler i databasen Cinahl, som er en bibliografisk database med sykepleieforskning og forskning fra tilgrensende fag. Jeg valgte å utføre søk i Cinahl i to omganger, i første søk brukte jeg de søkeordene som er mest relevant for min problemstilling: dementia, pain measurement og nursing homes.

Søkeord	Begrensing	Antall treff
Dementia AND Pain Measurement AND	Ved første søk hadde jeg ingen kriterier.	55 resultater.

Nursing Homes		
Dementia AND Pain Measurement AND Nursing Homes	For å avgrense antall resultater, valgte jeg å ha med følgende kriterier: <ul style="list-style-type: none"> • Linked full text • Peer Reviewed Journals • 2003-2013 • Alder: 65 år + 	16 resultater

I det andre søket valgte jeg å søke spesifikt på de kartleggingsverktøyene jeg ønsket å ha med i oppgaven.

Søkeord	Begrensninger	Antall treff
CNPI	Forskning mellom 2003-2013	9 resultater
Dolopius-2	Forskning mellom 2003-2013	8 resultater
Mobid-2	Forskning mellom 2003-2013	2 resultater

Totalt så satt jeg igjen med 35 forskningsartikler, som jeg måtte se nærmere på. For å få en oversikt over artiklene, så leste jeg abstraktene til alle artiklene. For å gjennomgå en ytterligere utvalgsprosess, ble et utvalg av de mest relevante artiklene lest i fulltekst. Av de 35 artiklene endte jeg opp med 5 forskningsartikler som jeg valgte å ha med i oppgaven på grunn av deres relevans knyttet til problemstillingen min. Disse artiklene omhandler; smerter hos pasienter på norske sykehjem, konkrete kartleggingsverktøy for smerter, smerter hos pasienter med kognitiv svikt og en studie som sammenlignet sykepleiers vurdering av smerte mot et kartleggingsverktøys vurdering.

4.3 Kildekritikk

Når man snakker om kildekritikk, så menes det at det er slik man vurderer og karakteriserer den litteraturen man har funnet, og som benyttes i oppgaven. Det handler om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland 2007:72).

Tre av de forskningsartiklene jeg har valgt å ta med i oppgaven omhandler kartleggingsverktøy som brukes for å kartlegge smerter hos pasienter som er demente. Alle disse kartleggingsskjemaene er allerede oversatt til norsk og utprøvd på norske sykehjem. Jeg innser at dette kan føre med seg noen begrensninger i oppgaven som at man kan overse andre gode kartleggingsverktøy, men jeg synes at å ta med utenlandske kartleggingsverktøy i denne oppgaven mister noe av sin hensikt så lenge de ikke er oversatt eller utprøvd i Norge. Det er på grunn av kulturforskjeller, feiltolkninger i forbindelse med oversettelse osv.

Jeg har vært kritisk til hvor jeg har søkt etter forskning, og jeg har vært bevisst på å bruke så ny forskning som mulig, dette er på grunn av ny forskning følger samfunnsutviklingen, og er mer relevant for dagens samfunn og dagens sykehjem. Skolen oppfordrer også studentene sine til å søke forskning fra de siste 10 år. Utgivelsene av forskningsartiklene jeg har med i oppgaven er fra år 2006 til 2010.

Mange av studiene jeg har lest baserer seg på andres forskning. Derfor vil jeg påpeke at noen studier kan bære preg av forfatterens egne tolkninger og forståelse. Og ettersom jeg har lest flere av de vitenskapelige artiklene på engelsk, kan dette også gi rom for feiltolkninger i oversettingen.

5 Resultater

Forfatter/år/land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedfunn
Horgas A., m.fl.(2009) USA.	Å observere forholdet mellom selvrapportering og observasjonsmetoder hos pasienter med kognitiv svikt og hos de pasientene som er kognitivt intakte.	126 pasienter med diagnosen mild til moderat demens. Pasienten bodde henholdsvis på sykehjem, omsorgsboliger eller mottok hjemmesykepleie.	Quasi-experimental, correlation design. Pasientene ble intervjuet og observert for smerter i denne studien.	Pasienter med kognitiv svikt selvrapporterte mindre smerter enn de som var kognitivt intakte, uavhengig av smertestillende når smertemålingen ble utført etter bevegelse. Ved bruk av observasjon av smerteatferd så var det ingen forskjell mellom gruppene.
Torvik K. m.fl. (2009) Norge.	Hensikten er å beskrive smerte og bruk av smertestillende medikamenter hos pasienter på sykehjem. De undersøker også hvilke variabler som er assosiert med smerte.	Sykehjemspasienter uten språk, over 65 år. Disse pasientene var lokalisert på syv ulike sykehjem.	Tverrsnittstudie. Datainnsamling fra syv ulike sykehjem i Midt-Norge i perioden september 2005 til mai 2006. Pasientene ble delt inn i to grupper ut fra en score på MMS test: en gruppe som kunne selvrapportere smerter, og en gruppe som ikke kunne selvrapportere smerter.	Av de pasientene med kognitiv svikt og som ikke kunne selvrapportere smerte, ble 60 % vurdert til å oppleve smerter. 38 % av denne pasientgruppen mottok ikke smertestillende medikamenter, til tross for å bli vurdert til å være smertepåvirket.
Nygaard og Jarland (2006) Bergen,	Hensikten er å finne et smertekartleggingsverktøy som	Smertekartlegging ved bruk av CNPI ble utført på syv sykehjem.	Helsepersonalet fikk opplæring av CNPI i forkant av	Avdelingssykepleier rapporterte at det ble observert

Norge.	fokuserer på observasjon av demente pasienter. Dette verktøyet skal være enkelt å forstå og så kortfattet at det blir enkelt å bruke i det daglige. The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) møter disse kravene.	Avdelingssykepleier valgte et tilfeldigutvalg av pasienter, alle diagnostisert med demens eller annen kognitiv svikt. 46 pasienter over 65 år deltok i studien.	undersøkelsen. Pasientens atferd ble observert mens pasienten lå i seng, under morgenstell og ved mobilisering. Det var samme personene som foretok kartleggingen to dager på rad. En annen person foretok kartleggingen den tredje dagen.	smerteatferd hos 31 pasienter, alle med kroniske smerter. Hos 12 pasienter ble det ikke observert smerte. Vokalisasjon, grimaser og verbale klager var det som ble oftest ble registrert som smerteatferd.
Husebø B., m.fl. (2010) Bergen, Norge.	Hensikten med forskningen er finne en sammenheng mellom demente pasienters atferd og smerter. De bruker MOBID- 2 (Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia) for å evaluere de demente pasientene for å finne ut om årsaken til deres atferd kan skyldes smerter.	Av 174 pasienter møtte 77 pasienter kravene til å delta i studien. Pasientene hadde diagnosen demens, og alle var over 65 år. Pasientene var fordelt på langtidsavdeling, dementavdeling, rehabiliteringsavdeling og en palliativ avdeling.	Tverrsnittstudie. Pasientenes atferd ble observert gjennom kartleggingsverktøy.	Mobid-2 er en effektiv måte å kartlegge smerte på, basert på observasjon.
Torvik K. m.fl. (2010) Oslo, Norge.	Hensikten med denne studien er å observere og undersøke bruken av Doloplus-2, hos pasienter som bruker nonverbal kommunikasjon på sykehjem. Den skal	77 pasienter over 65 år, som ikke kunne selvrappportere smerter.	Tverrsnittstudie. Sykepleierne fikk undervisning om hvordan Doloplus-2 skulle praktiseres.	Resultatet av studien viser at flere pasienter ble kategorisert med smerter ved bruk av Doloplus-2 enn ved sykepleiers egen oppfatning

	evaluere relabilitet og validitet ved å sammenligne sykepleiers subjektive vurdering av smerter og Dolopius-2 vurdering av smerter.		Dolopius-2 ble i hovedsak administrert av primærpsykepleier. Først registrerte primærpsykepleieren sin subjektive oppfatning av om pasienten hadde smerter – hvor det var tre svaralternativer: ja, nei, vet ikke. Så brukte den samme sykepleieren Dolopius-2 for å evaluere om pasienten hadde smerter. Deretter ble resultatene fra evalueringen sammenlignet.	av om pasienten hadde smerter.
--	---	--	---	--------------------------------

5.1 Hovedfunn

Her vil jeg se nærmere på hva som er resultatene av de forskningsartiklene jeg har med i oppgaven. Er det konsensus i forskningen eller er det noe som skiller seg ut?

5.1.1 Selvrapporing av smerter

De pasientene med moderat til sterk grad av demens har vanskeligheter med å selvrappore smerter på grunn av språkvansker og hukommelse. Selv om disse pasientene ikke rapporterer sine smerter verbalt, betyr ikke det at de er smertefrie. Dette kommer frem i flere av de forskningsartiklene jeg har med i oppgaven. Torvik m.fl.(2009) fant i sin forskning at av de som kunne selvrappore smerter, var det 51 % av pasientene som kunne selvrappore smerter, som rapporterte at de hadde smerter. Av de pasientene som ikke kunne selvrappore smerte, var det hele 67,5 % som ble vurdert til å oppleve smerter. Torvik m.fl.(2009) påpeker selv at det var et uventet funn at smerteforekomstene var høyest i gruppen som ikke selvrapporterte smerter. Horgas m.fl.(2009) peker på at det er en tydelig forskjell mellom

selvrapportering og kognitiv status, og pasienter med kognitiv svikt rapporterer smerter sjeldnere enn andre pasienter.

5.1.2 Smerteforekomst hos pasienter med demens

Forskningen viser at en stor andel av demente pasienten opplever smerter daglig, dette går igjen i alle studiene. I forskningen til Horgas m.fl.(2009) selvrapporterte 86,5 % av deltakerne at de opplevde smerte daglig, eller nesten daglig. Over 65 % selvrapporterte at de hadde hatt smerter det siste året, og den gjennomsnittlige smerteintensiteten ble målt til 4,3 på en skala fra 0- 10. I Husebø m.fl.(2010) sin studie blir det oppgitt at 58 % av de demente pasientene hadde en smertescore på over 3 på MOBID-2 smerteskala. Dette ble observert som nociceptive smerter. I del 2 av MOBID-2 var det 63,6 % av pasientene som hadde en smertescore over 3. Sammenligner man med studien til Nygaard og Jarland (2006) så er også her smerteforekomsten blant pasientene med demens stor. Her ble 31 av totalt 46 pasienter vurdert til at de opplevde smerter. Det ble oftest registrert smerter i bekken og genitalier, og minst smerter relatert til hjerte, lunge og bryst (Husebø m.fl. 2010), og de diagnosene som var hyppigst forbundet med smerte er slag, brudd, angina, artritt og kreft (Torvik m.fl. 2009).

Den smerteatferden som oftest gikk igjen i forskningen, var smerteuttrykk som ansiktsgrimaser, verbale klager/vokalisering og atferd som gikk på å forsvare seg selv. Disse smerteuttrykkene var lettest for sykepleier å vurdere som smerte, mens den psykososiale smerteatferden var den vanskeligste å tolke som smerte (Husebø m.fl. 2010, Torvik m.fl. 2009 og Nygaard og Jarland 2006).

5.1.3 Systematisk smertekartlegging

I Torvik m.fl. (2009) sin studie som omhandler bruk av Doloplus-2, så ville de forske på primærsykepleiers subjektive vurdering av smerter hos pasienten og deretter sammenligne det med bruk av kartleggingsverktøy og dens vurdering av smerte. Det var primærsykepleier som ble valgt ut til å vurdere pasienten, da det er denne personen som kjenner pasienten og hans eller hennes normale atferd best. Primærsykepleier vurderte at 52 % av pasientene som ikke kunne selvrapportere smerte, var smertepåvirket. Dette ble da vurdert ut fra sykepleiers egen oppfatning av pasienten atferd. Sykepleier vurderte at 19 % av pasienten ikke hadde smerter, og hos 29 % av pasientene var sykepleier usikker på om pasienten opplevde smerter eller ikke. Når man da sammenligner disse vurderingen gjort av sykepleier med bruk av kartleggingsverktøy, så viser studien at, viser studien at 90 % av pasientene i gruppen som sykepleier vurderte hadde smerter, hadde en smertescore på over 5 i Doloplus-2. 73,3 % av pasientene som ble vurdert av sykepleier til ikke å ha smerter, scoret under 5 (som indikerer

ikke smerte) på Doloplus-2 skalaen. I den gruppen hvor sykepleier ikke visste om pasienten hadde smerte, så ble det vurdert smerte på over 50 % på Doloplus-2 skalaen. Dette viser at systematisk kartlegging av smerte ved hjelp av kartleggingsverktøy er en fordel når man skal vurdere pasienter, selv om sykepleier kjenner pasienten.

Alle kartleggingsverktøyene utfører systematisk kartlegging av pasienten både i aktivitet og hvile (Husebø m.fl. 2010, Torvik m.fl. 2009 og Nygaard og Jarland 2006).

Det er en god konsensus i forskningen jeg har tatt med om dette temaet. Demente pasienter med kognitiv svikt rapporterer mindre smerte enn pasienter som er kognitivt intakte. Likevel ser man ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy at smerteforekomstene er høyere hos de demente pasientene. Denne forskningen støtter opp om økt bruk av kartleggingsverktøy og smertemålinger av demente (Horgas m.fl. 2009).

6 Drøfting

6.1 Mellommenneskelige aspekter

Smerte er et subjektivt fenomen, og det er vanskelig å formidle denne følelsen til andre mennesker. Smerte uttrykkes forskjellig hos pasienter med demens, og det kan være vanskelig for sykepleier å skille smerteatferd fra vanlig demensatferd (Bjørø og Torvik 2008).

Sykepleier må etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten for å kunne kartlegge smerter. På den måten vil sykepleier se hele pasienten, og behandle pasienten deretter. På grunn av at smerte uttrykkes forskjellig er det viktig at sykepleier også kartlegger den enkeltes vanlige atferd, og kjenner pasientens vanlige måte å være på og hans eller hennes behov (Travelbee 2001). Travelbee mener at for å bli kjent med pasienten må sykepleier møte mennesket, oppfatte, respondere på og respektere det unike ved vedkommende. Sykepleier må sette den andre i fokus og være mottakelig for det hun sanser, med andre ord oppfatte det mennesket som ligger under merkelappen «pasient» Sykepleier skal ikke sette noen i bås, eller ha utgangspunkt at alle syke eller demente er like. For å sikre en god smertekartlegging hos demente pasienter, krever det kontinuitet og god samhandling mellom sykepleier og pasient (Bjørø og Torvik 2008). For å sikre kontinuiteten og menneske-til-menneske-forholdet mellom sykepleier og pasient er det viktig at det tilrettelegges for dette. Det kan være en utfordring for sykepleier å utføre kartlegging av smerte hos demente pasienter i en travel hverdag på et sykehjem. På grunn av mange deltidsstillinger, fører det til at det sjelden er de samme sykepleierne på jobb flere dager på rad, dermed er det vanskelig å opprettholde den kontinuiteten det er behov for. Samt blir det innleid ufaglærte vikarer for å dekke opp sykdom og annet fravær, og disse mangler den faglige kompetansen det er behov for ved smertekartlegging. Dette underbygges også i artikkelen til Gran m.fl. (2013) hvor det blir beskrevet at sykepleiere opplever daglige utfordringer som tidspress, høy arbeidsbelastning, mangel på fagpersonell, mangelfullt tverrfaglig samarbeid, lite tilgjengelig lege og kommunikasjonsbarrierer. Mange sykepleiere opplever også at de har en mangelfull kunnskap når det kommer til smerteproblematikk og smertebehandling hos eldre (ibid).

Allcock m.fl. (2002) (i Bjørø og Torvik 2008) fant ut at det er svært få sykehjem som har gode rutiner for smertekartlegging og behandling hos eldre. Dermed vil et godt tiltak være at ledelsen utvikler en klar og tydelig smertepolitikk for institusjonen, og at de gir uttrykk for at pasienten skal få kartlagt sin smertesituasjon og få en verdig smertebehandling (Bjørø og

Torvik 2008). Dette krever gode rutiner og en god opplæring av alle ansatte, på den måten kan sykehjemmet og avdelingen til en viss grad sikre kontinuiteten til tross for de utfordringer man møter på. Det bør også være fokus på dette ved planlegging av turnus og ved fordeling av pasienter i det daglige.

Det kan være en utfordring å skape et menneske-til-menneske-forhold til en pasient med sterk grad av demens, og som ikke lengre har språk. I prosessen med å bli kjent med pasienten, så vil pårørende være en stor ressurs. Det er viktig å utvikle et godt samarbeid med dem, fordi de sitter på kunnskap om pasientens vanlige atferdsmønster som gjerne er vanskelig å få fatt på hvis ikke de deler av denne informasjonen. Det bør være en rutine å spørre pårørende om pasientens tidligere smertehistorie og hvilke atferd som vanligvis vises ved smerte (Bjørø og Torvik 2008).

Når sykepleier står ovenfor en dement pasient som ikke kan selvrapportere sine smerter, er det sykepleier sin oppgave å kunne tolke og lese pasientens nonverbale språk for å kunne kartlegge disse smertene, for deretter å kunne gi pasienten den nødvendige smertebehandlingen. Reaksjonene som sykepleier viser ovenfor pasienten i en slik situasjon blir svært vesentlig i samhandlingen med pasienten. Ettersom det er umulig å etterprøve eller verifisere holdbarheten i pasientens smerter, så kan ikke sykepleier vite om pasienten har smerter eller om pasienten simulerer smerter for å oppnå noe annet. Hvis sykepleier velger å tvile på pasientens opplevelse i utgangspunktet, så vil sykepleieren være til et stort hinder for videre smertebehandling. Ofte er det slik at sykepleieren tolker andres smerte ut fra sin egen erfaring, skjønn og kultur. Det handler om de erfaringene vi har gjort oss i barndommen som virker inn på hvordan vi oppfatter andres smerteatferd, og her er det viktig at man er klar over at man gjerne handler ut fra at ens egen oppfatning av den andres smerte er mer objektiv og pålitelig enn pasientens egne opplevelser av smerter (Berntzen m.fl. 2010). I følge Travelbee (2001) kan det se ut som om sykepleiere utvikler sin egen mentale målestokk, som danner utgangspunkt når man anslår hvor sterk smerte en person etter deres oppfatning bør ha etter for eksempel bestemte sykdommer. Noen sykepleiere kan med andre ord mene at pasienten driver et skuespill, eller man kan høre uttrykket: «Han er jo bare dement». Ut fra dette synspunktet blir det vanskelig for sykepleier å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasient, som igjen er et godt grunnlag for god smertekartlegging. Sandvik (2011) skriver i sin artikkel at pasienter med demens ikke utnytter smerter som påskudd for å oppnå noe annet, fordi dette krever en høyere kognitiv funksjon. Dette viser at det veldig viktig at vi tar disse pasienten på alvor når de uttrykker smerter.

Det er ikke bare kommunikasjon mellom sykepleier og pasient som er viktig med tanke på smerteproblematikk. Nygaard (2009) peker på hvor viktig kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og lege er med tanke på god omsorg og pleie for demente sykehjemsbeboere. På et sykehjem er det legen som har det medisinske ansvaret og sykepleier har ansvar for det sykepleiefaglige. Det er ofte begrenset med legedekning på sykehjem, og dermed hviler ansvaret for kontinuitet og tilsyn av pasientens medisinske tilstand på sykepleier. Sykepleier har ansvar for legemiddelutdeling, og skal vurdere effekten av behandlingen og eventuelle bivirkninger. Sykepleier sin oppgave er også å vurdere når det skal deles ut behovsmedisiner, og ikke minst foreta en klinisk vurdering før administreringen av disse. Rollen en sykepleier har blir ofte beskrevet som bindeleddet mellom lege og pasient. Denne rollen medfører en forventning av at sykepleier har oversikt over pasientenes tilstand, og at sykepleier er den nærmeste kontaktpersonen til legen. I en masteroppgave om dette temaet diskuterer Jensen (2008) (beskrevet av Nygard 2009) håndtering av smerteproblematikk, og har kommet frem til at når det er mangelfulle rutiner for samarbeid mellom de ulike faggruppene har dette negative konsekvenser for smertebehandling av pasientene.

6.2 Bruk av kartleggingsverktøy

Sykepleier bør ta utgangspunkt i listen med smerteatferd som AGS (2002), (Bjørø og Torvik 2008) har utarbeidet når smerte hos demente pasienter skal kartlegges. En forutsetning for å anvende denne listen er at sykepleier kjenner pasientens normale atferd, har god kunnskap om smerter og en god vurderingsevne fordi det kan være vanskelig å skille mellom atferd som følger en demenssykdom og atferd som AGS relaterer til smerte.

Forskningen (Husebø m.fl. 2010, Torvik m.fl. 2009, Nygaard og Jarland 2006) viser at systematisk og regelmessig kartlegging av smerte er nøkkelen til god smertebehandling. Når man tar i bruk disse standardiserte kartleggingsverktøyene så er hensikten å skaffe sykepleier pålitelig informasjon av pasientens smerteopplevelse, for deretter å velge smertebehandling, evaluering av behandlingseffekt, og til sist, men ikke minst, fremme en god kommunikasjon og samhandling mellom pasient og sykepleier (Bjørø 2009). Når pasientens demenssykdom utvikles og evnen til å forstå og sette ord på sanseopplevelser som smerte svekkes, så innebærer det at det blir vanskeligere å smertekartlegge pasienten. «Selvrapportering er gullstandard for smertekartlegging» (Bjørø og Tovik 2008), og når dette ikke lenger er mulig å gjennomføre hos den demente pasienten så kan sykepleier ta i bruk standardiserte verktøy for atferdsbasert smertekartlegging (Bjørø 2009).

Sykepleier må stille seg kritisk til de kartleggingsverktøyene som finnes. Det finnes ulike kriterier som sykepleier kan anvende når hun skal vurdere disse. Herr m.fl.(2008) hevder (i Bjørø og Torvik 2008) at sykepleiere må vurdere de ulike kartleggingsskjema gjennom spesifiserte kriterieområder som begrepsmessig grunnlag, reliabilitet, validitet og brukervennlighet. Reliabilitet sier noe om resultatet vi får når vi måler noe med det samme måleinstrumentet flere ganger etter hverandre. Hvis man oppnår et tilnærmet likt resultat hver gang, så vil det være en indikasjon på at sykepleier kan stole på dette verktøyet, og være trygg på at smertemålingen viser et riktig resultat. Validitet sier noe om måleinstrumentets evne til å måle det som skal måles (Bjørø 2009).

Et av de kartleggingsverktøyene som er beskrevet i denne oppgaven er CNPI. Dette kartleggingsverktøyet omfatter kun tre av de totalt seks hovedtypene av smerteatferd som AGS har på sin liste. De typene av smerteatferd som er mindre vanlig, for eksempel, forandring i mellommenneskelig samhandling, aktivitetsmønster og mental status uteblir fra skjemaet. I hovedfunnene gjør jeg rede for at de psykososiale smerteuttrykkene er vanskeligst for sykepleier å vurdere som smerte. På den måten kan det være lettere for sykepleier å anvende et kartleggingsverktøy som ikke har tatt med disse typene smerteuttrykk, men på den andre siden kan konsekvensen bli at sykepleier ikke oppdager smerte hos pasienter som har denne type atferd.

CNPI ble opprinnelig testet av Feldt m.fl. (1998) hos et utvalg av pasienter med lårhalsbrudd i den akutte fasen på sykehus, og etter at Nygaard og Jarland (2006) hadde oversatt og prøvd kartleggingsverktøyet på demente pasienter på sykehjem fikk de et dårligere resultat enn Feldt og hans medarbeidere gjorde. I følge Nygaard og Jarland var dette på grunn av at pasientgruppene var så ulike, og fordi det var geriatrike sykepleiere som utførte kartleggingen i den første studien. Når sykepleiere fikk testet verktøyet i Norge, ble pasienten vurdert hver morgen i tre dager. Først ble pasientene vurdert ved hvile i seng, deretter ved aktivitet i morgenstell. Det var samme sykepleier som gjennomførte smertekartleggingen to dager på rad, og uten å kjenne til resultatene fra disse to dagene, var det en tredje sykepleier som gjennomførte kartleggingen på dag tre. Resultatene viste at smerteforekomsten var meget lav ved hvile, og 50 % av pasientene ble vurdert til å være smertepåvirket under aktivitet. På grunn av dette var det kun resultatene for smertevurdering i aktivitet som ble analysert videre. Bjørø og Torvik (2008) påpeker at smerteatferd i hvile dermed ikke var pålitelig. Når pasienter opplever smerte ved bevegelse, forholder de seg mer passive, og dermed ble det vanskelig å vurdere smerte i hvile sammenlignet med aktivitet ut fra smertekriteriene i CNPI.

Med det som utgangspunkt kan det være en utfordring for sykepleier å kartlegge smerter med CNPI hos pasienter med sterk grad av demens som har en passiv atferd.

Kartleggingsverktøyet viser en god reliabilitet og validitet i følge Nygaard og Jarland (2006). Det vises gjennom et godt samsvar mellom scorene på CNPI og VAS (Visuell Analog Skala).

CNPI vurderes til å ha en god brukervennlighet. Det tar ikke lang tid å gjennomføre smertekartleggingen og skjemaet er lett forståelig. Ulempen med CNPI er at det ikke er noen kriterier eller veiledning for hvordan sykepleier skal tolke scorene, men Herr m.fl. (2006) (i Rustøen 2008) anbefaler at hvis det er et positivt utfall på noen av smerteindikatorne så bør det tydes som smerte og følges opp med videre smertekartlegging. Nygaard og Jarland (2006) påpeker at CNPI har en god evne til å skille de pasientene som har smerter fra de som ikke har, og Songe-Møller m.fl. (2005) hevder at det er bedre med et falskt positivt svar enn et falsk negativ, fordi pasienten ikke har noe å tape på en videre utredning.

Det andre kartleggingsverktøyet som er beskrevet i denne oppgaven er Doloplus-2. Det har i stor grad blitt testet og viser god stabilitet på registreringer ved samme observatør over tid og et godt samsvar på registreringer gjort av samme observatør på samme pasient (Bjørø og Torvik 2008:192). Menneske-til-menneske-forholdet mellom sykepleier og pasient er viktig, og dette kommer frem i studien til Torvik m.fl.(2010). Her var det primærsykepleieren til hver enkelt pasient som ble satt til å administrere Doloplus-2, fordi de kjente pasienten best og hans eller hennes normale atferd.

Til tross for at sykepleierne fikk opplæring av Doloplus-2 før bruk, viste det seg at det var vanskelig å skille smerteatferd fra annen atferd. Ansiktsuttrykk var det som var lettest å tolke med hensyn til smerte, mens psykososiale reaksjoner var det uttrykket sykepleierne synes var vanskeligst å tolke (Bjørø og Torvik 2008).

Bjørø (2009) peker på at det vanskelig å vite hvordan poengscoren i Doloplus-2 skal tolkes. Det er brukt tallet 5 for å skille mellom smerte og ikke-smerte, men det hevdes i studien til Torvik m.fl. (2010) at sykepleier ikke kan utelukke smerte selv om scoren til pasienten er lavere enn 5. Dette kan føre til usikkerhet hos sykepleier som utfører kartleggingen. En konsekvens kan være at pasientens smerter ikke blir identifisert og forblir ubehandlet. Dersom sykepleier er tvil om pasienter er smertepåvirket bør denne tvilen komme pasienten til gode til tross på lav score i Doloplus-2 (Songe-Møller m.fl. 2005).

Sykepleier må være klar over at bruk av kartleggingsverktøy kan føre til feiltolkninger med tanke på smertescoren, og dette kan føre til at pasienten blir feilbehandlet. Tolker sykepleier pasientens atferd som en annen atferd enn smerteatferd, slik som ble gjort i studien (Torvik m.fl. 2009) av Doloplus-2, kan det tenkes at pasienten får ordinert beroligende medisiner i stedet for smertestillende medisiner.

Det siste kartleggingsverktøyet er MOBID-2 som er et av de nyeste kartleggingsverktøyene som er utprøvd i Norge. Her registrerer sykepleier smerteatferd og smerteintensitet når pasienten blir mobilisert og gjennomfører fem fysiske øvelser (Husebø m.fl. 2010).

Pasientene med moderat grad av demens får muntlig veiledning av sykepleier hvordan de skal gjennomføre de ulike øvelsene, og hos pasientene som ikke klarer å utføre øvelsen selv, blir de fysisk hjulpet av sykepleier. Dette krever en god samhandling og tillit mellom sykepleier og pasient, med andre ord et menneske-til-menneske-forhold, da det kan være en utfordring for sykepleier å samhandle med pasienter som mangler forståelse for hvordan de ulike øvelsene skal gjennomføres. Dette kartleggingsverktøyet passer best til kartlegging av muskel- og skjelettrelaterte smerter, fordi dette er smerter som ofte blir utløst av bevegelse (Galek og Gjertsen 2011).

Når sykepleier bruker dette kartleggingsskjemaet på pasienter med en moderat grad av demens som oppfatter situasjon og samarbeider med sykepleier, kan dette gi positive resultater siden sykepleier kan relatere smerten til en spesifikk kroppsdel, og det vil gjøre det lettere å starte en riktig smertebehandling.

Dette kartleggingsverktøyet trenger ytterligere testing for å etablere dette kartleggingsverktøyets reliabilitet, validitet og scoring (Bjørø 2009). Bjørø mener at dette er på grunn av at MOBID – del 1, omfatter kun 3 av 6 atferdskriteriene som er på listen til AGS, og det er også uklart hvordan tilstedeværelse av atferd omsettes til smerteintensitet. Dette kan føre til at pasienter som ikke uttrykker den atferden som står i MOBID-2, kan bli misforstått av sykepleier som smertefri. Dette gjør at sykepleier som utfører kartleggingen må ha kunnskap om andre typer smerteatferd, og ta alle typer tegn på ubehag på alvor (Galek og Gjertsen 2011). I studien gjort av Herr m.fl.(2008) kan scoringen virke uklar. Hvis sykepleier er usikker på scoren kan dette føre til at pasienten får en ineffektiv smertelindring. Sandvik og Husebø (2011) fremhever i en artikkel om smertemåling på sykehjem at en del sykepleiere ønsker en samstemmighet på avdelingen, og dette fører til at de ofte spør kollegaene sine hvordan de oppfatter og vurderer pasientens smerte. Dett kan være uheldig, ettersom det er viktig at det er

hver enkelt sykepleiers observasjonsevne og kartlegging som bør legges til grunn for eventuell videre behandling. Sandvik og Husebø (2011) påpeker at noen sykepleiere kan misforstå hvordan de skal legge sammen poengene i MOBID-2 kartleggingen, noen kan for eksempel legge sammen alle scorene og deretter dele dem på 10 (antall punkter), og dette kan selvsagt bli svært misvisende. Hvis pasienten har et vondt kne, og sykepleier vurderer dette til en smertescore på 9, så får ikke pasienten mindre vondt i kneet selv om han eller hun ikke blir vurdert til å ha smerter andre steder i kroppen. Det er altså den totale smertescoren som skal vektlegges, og den skal gjenspeile den smerteintensiteten pasienten opplever. Husebø m.fl. (2010) anbefaler en grundig opplæring før MOBID-2 tas i bruk, dermed er det usikkert hvor brukervennlig dette kartleggingsskjemaet er før en eventuell opplæring har blitt gjennomført.

Smerteuttrykk hos demente varierer i stor grad, og man kan ikke ta for gitt at alle disse smerteuttrykkene blir beskrevet i et kartleggingsskjema. Dermed må sykepleier i tillegg til å bruke kartleggingsskjema som et verktøy ved smertemåling, også bruke sitt eget kliniske blikk, kunnskap og observasjonsevne. Som grunnlag for en smertekartlegging av demente pasienter er det viktig at et menneske-til-menneske-forhold ligger til grunn. Sykepleier må kjenne pasienten og hans eller hennes normale atferdsmønster, dermed er det en fordel at det er primærsykepleier som foretar en slik smertekartlegging. Sykepleier må kunne tolke pasientens non-verbale kommunikasjon og være observant med tanke på at pasienten ytrer smerter. I følge Bjørø og Rustøen (2008) er det også viktig at avdelingen på sykehjemmet har gode rutiner for smertekartlegging og behandling av smerter. Artikkelen til Gran m.fl. (2013) underbygger påstanden at det er mangel på kunnskap når det kommer til smertebehandling hos eldre. Eldre pasienter kan av og til bagatellisere sine smerter, og sykepleier rapporterer ikke dette videre. Når det kommer til pasienten med demens så blir et unntaksvis snakket om smertebehandling, da disse pasienten ikke uttrykker seg slik som andre kognitivt intakte pasienter, og svært få sykepleiere anvender kartleggingsskjemaer i forbindelse med smertemålinger. I følge studien til Nygaard og Jarland (2006) var det 92 % av sykepleierne som aldri brukte et slikt kartleggingsverktøy i det daglige, og 64 % hadde aldri hørt om noen kartleggingsverktøy i det hele tatt. De kartleggingsverktøyene som er beskrevet i denne oppgaven har alle sine styrker og svakheter, og sykepleier må gjøre en kritisk vurdering av hvilke skjema som passer best for de aktuelle pasientene. Forskningsartiklene (Husebø 2010, Torvik 2009, Nygaard og Jarland 2006) viser at resultatene er gode når sykepleier skal vurdere smerteintensiteten hos demente pasienter, kartleggingsverktøyene gjør at sykepleier har noe håndfast å forholde seg til i tillegg til sine egne kunnskaper om smerte. Bruken av

standardiserte kartleggingsverktøy bidrar også til å øke kunnskapen om smerte hos demente pasienter (Galek og Gjertsen 2011).

7 Avslutning

All forskning som jeg har lest om dette temaet tilsier at pasienter med demens og kognitiv svikt blir underbehandlet for smerter på sykehjem. Som jeg innledet denne oppgaven med viser forskning at 60-80 % av dagens sykehjemspasienter har smerter, og disse får mindre smertestillende medikamenter sammenlignet med pasienter som ikke lider av demens. Ut fra denne statistikken kan det se ut som om sykepleiere og andre faggrupper har manglende kunnskap når det kommer til smerteproblematikk hos eldre demente pasienter.

Jeg har sett på ulike kartleggingsverktøy som kan brukes som et hjelpemiddel når man skal måle smerteintensiteten hos denne pasientgruppen. Både CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2 er oversatt og allerede utprøvd på norske sykehjem, dog i varierende grad. De har alle sine styrker og svakheter, men i følge forskningen jeg henviser til i oppgaven har de både god reliabilitet og validitet, og de er gode hjelpemidler når det kommer til å kartlegge smerter hos pasientene. Når sykepleier skal ta i bruk kartleggingsverktøy er det viktig at det vurderes kritisk i forkant av gjennomføringen. Det er vesentlig å stille seg spørsmål om akkurat dette kartleggingsverktøyet passer den aktuelle pasienten. Anvendelse av kartleggingsverktøy øker fokuset på smerter og smertebehandling, og det er et viktig hjelpemiddel når man skal vurdere andres smerteintensitet. Kartleggingsverktøyene kan feiltolkes, og det kan være vanskelig å vurdere hvor smertegrensen for pasienten går, derfor er det viktig at i tillegg til bruk av kartleggingsverktøy tar sykepleier i bruk sitt kliniske blikk, faglig kunnskap og en god observasjonsevne. Husebø (2009) hevder at atferdsbaserte kartleggingsverktøy svært viktig, og en nødvendighet, ved smertekartlegging hos pasienter med demens.

Kommunikasjon er også et annet viktig punkt i denne kartleggingen. Sykepleier må kunne tolke pasientens verbale og non-verbale kommunikasjon, og være observant i forhold til dette. Samtidig er det viktig at sykepleier øker sin kunnskap om smerte hos demente pasienter, og er bevisst og observant i forhold til smerteatferd og uttrykk i møte med pasienten.

Konsekvensene av å ha manglende kunnskaper om smertelindring, er at pasienten forblir smertepåvirket resten av livet. Dette strider i mot de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som sier at vi skal lindre og behandle sykdom.

Med andre ord så krever en god smertekartlegging et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient, hvor det ligger til grunn respekt og forståelse. Sykepleier må kjenne pasienten og hans eller hennes normale atferdsmønster for å kunne skille mellom smerteatferd og demensatferd.

Det hjelper også at denne problematikken belyses offentlig, på den måte blir vi alle litt mer bevisst på hvordan vi skal forholde oss til smerter hos den demente pasienten. I juli 2013 var det en artikkel på trykk i Bergens Tidene, denne var skrevet av Bettina Husebø hvor hun beskriver demente pasienter som opplever et smertehelvete i all stillhet, og hvordan de får ordinert beroligende legemidler i stedet for smertestillende legemidler. Det var en informativ artikkel som gjorde inntrykk, og jeg er glad har valgt å belyse dette temaet gjennom min bacheloroppgave.

Litteraturliste

- Berentsen, V.D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. S.350-382.
- Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010) Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk Sykepleie 1*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. S.355-365.
- Bjøro, K. (2009.) Verktøy for atferdsbasert smertekartlegging hos eldre med alvorlig demens - hvilket er best i test? *Tidsskrift for geriatrisk sykepleie* (2), s. 24-27. URL: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/866550/Geriatrisk%20Sykepleie%202009.pdf> (lest 05.05.13)
- Bjøro, K. og Torvik, K. (2008). Smerte. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. S. 333-349.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet (2013). *Demens- faktaark*. URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5980&MainContent_6263=6464:0:25,5981&List_6212=6218:0:25,5987:1:0:0:::0:0 (lest: 18.06.13)
- Galek, J. og Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Tidsskriftet Sykepleien* (13), s. 62-64. DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0194
- Gran, S.V., Grov, E.K. og Landmark B. (2013). Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem. *Sykepleien Forskning* (3), s. 220-230. DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0090

Hall-Lord, M.(2009). Gamle mennesker med langvarig smerte. *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*. URL: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/866550/Geriatrisk%20Sykepleie%202009.pdf> (lest 05.05.13).

Herr, K., Bursch, H. og Black, B. (2008) State of the art review of tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia. URL: <http://prc.coh.org/PAIN-NOA.htm> (lest: 30.08.13)

Horgas, A.L, Elliott, A.F. og Marsiske, M. (2009). Pain Assessment in Persons with Dementia: relationship between self-report and behavioral observation. *Journal of the American Geriatrics Society* (57:1), S. 126-132. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02071.x

Husebø, B. (2008). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for den norske legeforening*. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1899525> (lest:05.05.13)

Husebø, B. m.fl. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (24), s. 380-391. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x

Husebø, B. og Sandvik, R.K. (2011). Måler smerte hos personer hos demens. *Sykepleien* (11) s.62-64. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/740143/maler-smerte-hos-personer-med-demens> (lest: 05.05.13)

Husebø, B.(2013). Demente opplever et smertehelvete uten ord. *Bergens Tidene*. URL: <http://www.bt.no/nyheter/innsikt/Demente-opplever-et-smertehelveteuten-ord-2928563.html#.UkigbobIZ8o> (lest 08.07.13)

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende Sykepleie, bind 4*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. S.26-33

Nordtvedt, F. og Rustøen, T. (2008). Kronisk smerte. I: Rustøen, T. og Wahl, A.K.(red) *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. S. 140-149.

Nygaard, H.A. og Jarland, M. (2006). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age and Ageing* (35), s. 79-81. DOI: 10.1093/ageing/afj008

Nygaard, H.A. (2009). Håndtering av kroniske smerteproblemer hos sykehjemspasienter- og så et spørsmål om kommunikasjon blant personalet? *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens* (2), s.19-22.

URL:<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/866550/Geriatrisk%20Sykepleie%202009.pdf> (lest: 05.05.13)

Sandvik, R.(2011). *Smertevurdering ved kognitiv svikt*. URL:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/768931/smertevurdering_ved_kognitiv_svikt_7303.pdf (lest 08.05.13)

Songe-Møller, S. m.fl.(2005.) Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr. 13-14, s.1838-1840. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1223493> (lest: 20.08.13)

Stubhaug, A. og Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerter? I: Rustøen, T. og Wahl, A.K.(red) *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. S. 23-46.

Torvik, K. og Bjørø, K. (2008). Smerte hos eldre. I: Rustøen, T. og Wahl, A.K.(red) *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. S.105-127.

Torvik, K. m.fl. (2009). Smerte hos sykehjemspasienter i Norge. *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, s.8-16. URL: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/866550/Geriatrisk%20Sykepleie%202009.pdf> (lest: 05.05.13)

Torvik, K. m.fl. (2009). Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine* (23) s. 8-16.

Torvik, K. m.fl. (2010.) Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients - an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting. *BMC Geriatrics*, (10:9). DOI:10.1186/1471-2318-10-9

Travelbee, J.(2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). URL:

https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

(lest:07.06.13)

Vedlegg:

1. CNPI Kartleggingsskjema. URL: <http://www.docstoc.com/docs/48491213/Pain-Scale-for-Cognitively-Impaired-Non-verbal-Adults> (lest: 30.09.13)
2. MOBID-2 Kartleggingsskjema. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1899525> (lest: 30.09.13)
3. Doloplus-2 Kartleggingsskjema. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1223493> (lest: 30.09.13)

Vedlegg 1

PAIN SCALE FOR COGNITIVELY IMPAIRED, NON-VERBAL ADULTS

Checklist of Non-Verbal Pain Indicators (CNPI)

Indicators:	With Movement	At Rest
Vocal Complaints (non-verbal expression of pain demonstrated by moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs)		
Facial Grimaces and Winces (furrowed brow, narrowed eyes, tightened lips, dropped jaw, clenched teeth, distorted expression)		
Bracing (clutching or holding onto bed/chair, caregiver, or affected area during movement)		
Restlessness (constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent hand motions, inability to keep still)		
Rubbing (massaging affected area)		
Vocal Complaints (verbal expression of pain using words, e.g., "ouch" or "that hurts," cursing during movement or exclamation of protest, e.g., "stop" or "that's enough")		
Total Score		

Vedlegg 2

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn:

Dato:

Tid:

Avdeling:

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
Afu/s
Stønner
Viker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grunaser
Ryker pannen
Stammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Knyper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd: tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER

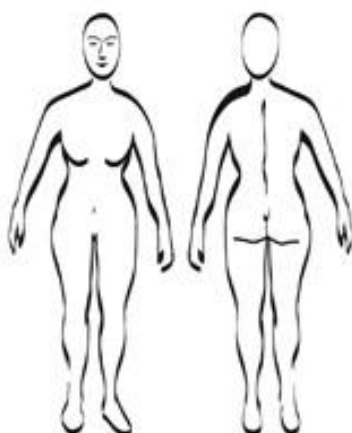
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteldd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd: tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bertha Husebøllfjell, art. og. Institutt for samfunnsmedisin, Høgskolen i Bergen

Vedlegg 3

DOLOPLUS - 2		Observasjonsbasert smerteskala for eldre			
Etternavn:	Fornavn:	Avdeling:			
Senternummer:	Pasientnummer:	Dato:			
SOMATISKE REAKSJONER					
1. Klager på smerte	- ingen klager - klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - spontane klager av og til - vedvarende klager	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2. Smertelindrende hvilestillinger	- benytter ingen smertelindrende hvilestillinger - unngår av og til enkelte hvilestillinger - benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger - stadige virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3. Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse - beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse - beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse - beskytter seg også i fravær av kontakt	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4. Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant - vedvarende uttrykksløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5. Søvn	- normal søvn - problemer med innsovning - hyppige oppvåkninger (urolig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
PSYKOMOTORISKE REAKSJONER					
6. Stell og/eller påkledning	- aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt) - aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre - aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre) - umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7. Forflytning	- forflytter seg som vanlig - lett redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius) - sterkt redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig) - forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
PSYKOSOSIALE REAKSJONER					
8. Kommunikasjon	- normal kommunikasjon - intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter - redusert kommunikasjon (vil være alene) - fravær eller avvisning av all kommunikasjon	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9. Sosialt aktivitet	- normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tilstelninger osv.) - deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse - nekter av og til å delta i aktiviteter - avstår fra all sosial aktivitet	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10. Atferdsproblemer	- normal atferd - gjentatte atferdsproblemer - permanente atferdsproblemer i kontakt med andre - permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
		TOTALT			

